LE RECOVERY KERNEL

Comment utiliser le Recovery Kernel.

Pour les personnes se remettant des benzodiazépines.

Xanax, Valium, Klonopin, Ativan, Librium, Restoril, les "Z-drugs" (Ambien, Lunesta), et la gabapentine et la prégabaline. Un itinéraire étape par étape : ce qu'il faut lire, dans quel ordre, et quel résultat le Recovery Kernel prévoit si vous suivez cet itinéraire. Il comprend ce qu'il faut faire si votre approvisionnement a été interrompu.

> RESSOURCE DE RÉDUCTION DES RISQUES – CE N'EST PAS UN CONSEIL MÉDICAL. L'ARRÊT DES BÉNÉZODIAZÉPINES PEUT PROVOQUER DES CRISES ÉPILEPTIQUES ET LA MORT. NE CESSEZ JAMAIS BRUSQUEment APRÈS UNE UTILISATION RÉGULIÈRE. AUCUNE EXCEPTION. Il s'agit de l'un des rares sevrages de drogues qui peuvent directement entraîner la mort. Chaque réduction doit être supervisée par un médecin. Ce guide soutient la réduction, mais ne la remplace pas, et ne fournit aucun calendrier à suivre de manière autonome.
>
> Appelez le 112 ou rendez-vous à un service d'urgence immédiatement si vous présentez : une crise ou tout tremblement involontaire, une confusion sévère ou une perte de connaissance de votre environnement, des hallucinations, un rythme cardiaque rapide ou irrégulier accompagné de douleurs thoraciques, ou une forte fièvre avec l'un de ces symptômes. Des symptômes plus légers (anxiété accrue, insomnie, irritabilité, tremblements, transpiration) peuvent indiquer que la dose a été réduite trop rapidement : contactez votre médecin prescripteur ou un centre de soins urgents le même jour, et ne restez pas seul(e).
>
> Si vous avez déjà arrêté brusquement la prise de benzodiazépines, rendez-vous dès aujourd'hui dans un service de soins urgents ou un service d'urgence et dites : "J'ai arrêté les benzodiazépines brutalement et je ressens des symptômes de sevrage." Ils pourront reprendre une dose sûre et commencer une réduction progressive sous surveillance.
>
> Crisis: call or text 988 · SAMHSA: 1-800-662-4357 · Crisis Text Line: text HOME to 741741

1. Avant de commencer.

Ceci est un parcours au sein du Recovery Kernel destiné aux personnes dépendantes de benzodiazépines ou de médicaments apparentés, ainsi qu'à celles qui les soutiennent. Le Kernel explique que ce guide diffère des autres d'une manière fondamentale : la plupart des personnes qui le lisent n'ont pas choisi de devenir dépendantes. Elles ont reçu une ordonnance, l'ont prise comme prescrit, et leur cerveau s'est adapté. Le Kernel appelle cela la "blessure iatrogène", et précise qu'il ne vous demande pas de vous sentir coupable ni de vous qualifier d'addict si ce mot ne vous convient pas. Il s'agit également de la récupération la plus longue et la plus exigeante en termes de patience. Un sevrage peut prendre de un à trois ans, car le système GABA-A se recalibre lentement, et il n'existe aucun moyen d'accélérer ce processus sans entraîner de dangers ou de souffrances. Voici six règles à suivre.

- La réduction progressive est le médicament. Les compléments, la respiration et l'exercice peuvent rendre le processus plus supportable, mais aucun de ces éléments ne remplace une réduction progressive lente et supervisée.
- La consommation d'alcool, d'opioïdes ou de GHB avec une benzodiazépine augmente le risque. Le Kernel mentionne l'alcool comme un "échec majeur" pendant le sevrage chez les personnes présentant des variants GABRA2 à haut risque.
- Connaissez votre métabolisme. CYP2C19 affecte la façon dont le diazépam (le médicament généralement utilisé pour diminuer progressivement la dose) s'accumule, et CYP3A4 gère la plupart des benzodiazépines à action courte. Les deux affectent la sécurité de la diminution progressive de la dose.
- L'anxiété était bien réelle avant la prescription. La diminution progressive de la dose risque de la provoquer à nouveau, parfois de manière plus intense. C'est pourquoi ce programme propose des méthodes pour gérer l'anxiété pendant la diminution progressive de la dose, et non après.
- Les crises ne sont pas une défaillance. Le sevrage prolongé se manifeste par des périodes de crises qui peuvent durer des mois. Le Recovery Kernel indique de ne pas considérer une crise comme une preuve que vous avez besoin de reprendre le médicament.
- N'attendez pas les résultats des tests pour commencer. Le génome affine le plan (Manuel principal, Étape de démarrage rapide 3 ; Chapitre supplémentaire 5, Étape 1b), mais les étapes médicales sont prioritaires.

Comment les chapitres sont cités. "Manuel principal" fait référence au Manuel principal du Recovery Kernel (Deuxième édition, Centurian). "Compendium" fait référence au Compendium complet des protocoles. "Supp. Ch. N" fait référence au chapitre N du Livre supplémentaire. Les chapitres principaux sont le chapitre 9 (Comment se remettre des benzodiazépines), qui traite d'une réduction progressive planifiée, et le chapitre 30 (Arrêt brutal : benzodiazépines), qui traite d'une interruption de la prise de médicaments décidée par quelqu'un d'autre. Les numéros de section (§) font référence aux sections à l'intérieur de ces chapitres.

> Comment cela correspond aux directives médicales actuelles. Le rythme du Recovery Kernel (environ 10 % de la dose actuelle toutes les 2 à 4 semaines, plus lentement vers la fin) est similaire aux directives de pratique clinique conjointes de mars 2025 sur la réduction progressive des benzodiazépines, approuvées par l'ASAM et plusieurs autres sociétés médicales. Elles recommandent de commencer à 5 à 10 % toutes les 2 à 4 semaines, sans dépasser 25 % toutes les 2 semaines, et d'ajuster en fonction de la réponse. Elles indiquent également qu'il ne faut jamais arrêter brutalement chez une personne susceptible d'être dépendante, qu'une réduction progressive peut prendre des mois à des années, et qu'il est possible de passer à une benzodiazépine à action plus longue. est une option à considérer, et non une exigence. Le Recovery Kernel est plus strict sur ce dernier point. Votre prescripteur établit le plan.

> Une note concernant les numéros de protocole. Les chapitres supplémentaires 9 et 30 citent les protocoles du Compendium par numéro, et certains numéros ne correspondent pas à la version imprimée du Compendium. Le chapitre 9 appelle le protocole 01 "Shelter" (imprimé : Emergency Triage), le protocole 04 "Dharma Recovery" (imprimé : Meeting Alternatives), le protocole 11 le protocole CBT (imprimé : Advanced Optimization), le protocole 13 "The Physician Conversation" (imprimé : The Pharma Trap, qui est ce que le chapitre 30 appelle), le protocole 17 "Sleep Architecture" (imprimé : The Nightly Restoration), le protocole 03 "exercise" (imprimé : Sonic Architecture ; l'exercice est le protocole 19), et le protocole 20 le protocole d'identité (imprimé : Mapping the Terrain). Le chapitre 30 cite le protocole 32 (The Forced Migration), Protocole 39 (La Carte de Diversion) et le document Centurian C-34 (La Blessure Iatrogène), qui correspondent aux titres imprimés. Ce guide cite chaque protocole par son titre imprimé. Si un numéro et un titre ne concordent pas, suivez le titre.
>
> Pour les benzodiazépines, surveillez la prise d'une dose supplémentaire non prévue lorsque l'anxiété revient avant la date prévue de la dose suivante. Ce "schéma de surdosage inter-doses" est une raison de contacter le prescripteur, et non de prendre une dose supplémentaire.
>
> La prise de doses répétées n'est pas la seule forme de ce phénomène. Observer des personnes dans un contexte de traitement négocier une rechute, recevoir des conseils confiants de la part de quelqu'un qui n'est pas formé à votre situation spécifique, ou constater qu'un prescripteur traite une substance prescrite de manière moins rigoureuse qu'une substance illicite peuvent tous déclencher le même schéma : un doute ressenti, interprété comme "le plan est erroné", et qui conduit à l'abandon de ce plan. Consultez "The Commandeering Map", un complément à cette série, pour comprendre le schéma complet, y compris comment il peut varier en fonction du profil génétique et ce qui peut aider lorsque la résistance basée sur la pratique seule ne suffit pas.

2. L'itinéraire en bref.

Les étapes 0 et 1 doivent être effectuées en premier et ne peuvent pas être sautées. Les étapes 2 à 4 peuvent être exécutées simultanément. Les étapes 5 à 9 se chevauchent et s'étendent sur toute la période de réduction et les deux années qui suivent. L'étape 10 concerne tout ce qui suit. "P" signifie Protocole du Compendium ; "C" signifie Document Centurion.

Étape.	Quand	Ce que je fais.	Tournez-vous.
0	Jour 0.	Tri : qui ne doit pas arrêter, signes d'urgence, les médicaments importants, et que faire si vous avez déjà arrêté.	Supp. Ch. 9 §0; Ch. 30 §0, §4, §6 Livre principal, étape de démarrage rapide 1.
1	Jours 0 à 14.	Faites une réduction progressive sous supervision. Si votre approvisionnement a été interrompu, transformez cet arrêt forcé en une réduction progressive supervisée.	Supp. Ch. 9 §3, §8 Supp. Ch. 30 §§1, 7, 8, 11 Compendium P13 (Le Piège Pharmaceutique)

Étape.	Quand	Ce que je fais.	Tournez-vous.
2.	Semaines 1 à 4.	D'accord, je vais lire le livre principal dans l'ordre.	Ce livre est destiné à : * Les personnes intéressées par l'apprentissage de la programmation. * Les étudiants en informatique. * Les professionnels de l'informatique. Pour commencer rapidement : * Lisez le chapitre 1. * Suivez les instructions du chapitre 2. * Faites les exercices du chapitre 3. Première partie (chapitres 1 à 5) : Supp. Ch. 2, 3, 4
3.	Semaines 1 à 6.	Commandez 30 séquençages du génome entier. Le gène CYP2C19 est prioritaire.	Supp. Ch. 5 Étape 1. Supp. Ch. 9 §2 Compendium P06
4.	Semaines 2 à 6.	Résolvez votre profil. Déterminez quel était le traitement médicamenteux.	Supp. Chapitre 5, étapes 2 à 3, 6. Supp. Ch. 9 §2; Ch. 30 §5
5.	Jour 1 et jours suivants du sevrage.	Construisez les bases du processus de réduction avec votre prescripteur : magnésium, soutien à la méthylation, soutien au GABA.	Supp. Ch. 9 §4.1–4.2 Supp. Ch. 30 §8 Compendium P18
6.	Les semaines 2 et suivantes.	Construisez une architecture de gestion de l'anxiété et cultivez le calme naturel pendant la phase de réduction, et non après.	Supp. Ch. 9 §4.3, §6, §8 Compendium P04 (Alternatives de réunion)
7.	En cours.	L'envie est de l'anxiété. Apprenez à interrompre ce processus et identifiez les situations les plus risquées.	Supp. Ch. 9 §5 Supp. Ch. 30 §9 Compendium P01, P21
8.	Mois 1 à 18+	Windows et vagues : sevrage prolongé.	Supp. Ch. 9 §3.3–3.4 Compendium P01
9. [Pas de contenu à traduire]	Mois 1 à 12.	Le sommeil et le brouillard mental lié aux benzodiazépines : reconstruire les deux.	Supp. Ch. 9 §4.4–4.5 Compendium P17, P19
10	3 mois et plus, 1 à 10 ans.	Identité, la blessure iatrogène et le long terme.	Supp. Ch. 9 §1, §7 Compendium C-34, C-28. Supp. Ch. 42, 43, 44

3. L'itinéraire, étape par étape.

Étape 0 — Tri (Jour 0, avant tout).

Toute personne ayant pris un benzodiazépine quotidiennement pendant plus de deux à quatre semaines, qu'elle ait une prescription ou non, risque de convulsions si elle arrête brutalement. Le Kernel identifie les groupes à risque le plus élevé : utilisation quotidienne pendant plus de quatre semaines ; doses élevées (supérieures à environ 2 mg par jour d'alprazolam ou de clonazépam, ou 20 mg de diazépam, ou l'équivalent) ; combinaison avec de l'alcool, des opioïdes ou du GHB ; antécédents de convulsions ; variant GABRA2 à haut risque, si connu ; et toute tentative antérieure de réduction qui a entraîné des symptômes graves. Tous ont besoin de la même chose : une réduction progressive et supervisée.

Les médicaments qui comptent. Le Recovery Kernel comprend les "Z-drugs" (zolpidem, eszopiclone, zaleplon), qui agissent sur le même récepteur et présentent un risque de dépendance et de sevrage comparable, malgré le fait qu'ils soient commercialisés comme étant non addictifs, et les gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline), qui agissent différemment mais provoquent un véritable syndrome de sevrage, notamment un risque de convulsions lorsque les doses élevées sont arrêtées brutalement. Si le sodium oxybate (Xyrem, Lumryz) fait partie de votre situation, considérez-le comme une urgence distincte et plus rapide : son sevrage peut commencer en 2 à 6 heures, et vous devriez d'abord lire le guide sur le GHB dans cette série, puis vous rendre aux urgences.

Supp. Ch. 9 §0 (qui ne doit pas s'arrêter sans supervision ; signes d'urgence) et Supp. Ch. 30 §0 et §4 (sécurité immédiate ; comment le sevrage diffère selon la substance).
Manuel principal, Séquence de démarrage rapide, Étape 1.
Protocole du Compendium 01, Tri d'urgence, pour un état de crise aiguë.

Étape 1 — Suivez une réduction progressive sous surveillance médicale (jours 0 à 14).

Une réduction progressive planifiée. Le cadre du Recovery Kernel, basé sur le travail clinique du Dr. Heather Ashton, repose sur cinq principes. Un benzodiazépine à action prolongée (diazépam) peut fournir des niveaux plus stables qu'un benzodiazépine à action courte, comme l'alprazolam ou le lorazépam, dont les intervalles entre les doses entraînent un sevrage "interdose". Votre prescripteur peut donc commencer par une conversion (et votre résultat CYP2C19 est important ici, car les personnes qui métabolisent mal accumulent plusieurs fois plus de diazépam). Réduisez d'environ dix pour cent de la dose actuelle toutes les deux à quatre semaines, et non de la dose de départ. Ne précipitez jamais la fin : la dernière étape est souvent aussi lente que tout le reste. Maintenez la dose à n'importe quelle étape où les symptômes deviennent véritablement ingérables. Et attendez-vous à des mois voire des années pour une utilisation à long terme, les formulations liquides étant généralement utilisées vers la fin, lorsque les comprimés ne peuvent plus être coupés avec précision. Le Recovery Kernel souligne que c'est le corps qui fixe le rythme, et non le calendrier.

Voici les conseils du Kernel pour la consultation : expliquez clairement que vous avez développé une dépendance physique et que vous souhaitez une réduction progressive sous surveillance médicale. Apportez une copie imprimée du manuel Ashton (disponible gratuitement sur benzo.org.uk), demandez un test CYP2C19 avant tout passage au diazépam, et conservez un registre écrit des doses, des symptômes et des conversations. Si un prescripteur nie que l'utilisation prescrite puisse entraîner une dépendance, ou refuse de vous aider, vous avez le droit à un deuxième avis auprès d'un spécialiste de la toxicomanie ou d'un psychiatre ayant de l'expérience en matière de réduction de dose.

Si votre approvisionnement était interrompu. Le chapitre 30 traite de la situation où quelqu'un d'autre décide : un prescripteur qui impose une réduction de dose beaucoup plus rapide que le rythme d'Ashton, un hôpital qui arrête le médicament à l'admission, un refus d'assurance ou de pharmacie, une arrestation et une garde à vue, ou un arrêt forcé sous la pression. Son conseil principal : la démarche la plus utile est de transformer un arrêt forcé et brutal en une réduction de dose forcée mais supervisée. Utilisez le langage des scénarios : demandez à un prescripteur une réduction de dose au rythme d'Ashton et, en cas de refus, demandez une consultation avec un spécialiste ; informez par écrit une équipe hospitalière que vous êtes physiquement dépendant et que vous avez besoin une prolongation ou un accompagnement supervisé ; contactez le prescripteur le jour même où un refus apparaît et renseignez-vous sur la possibilité d'une dispensation d'urgence ; et si vous êtes arrêté, déclarez votre dépendance dès l'entrée et répétez-le à chaque nouveau membre du personnel, car le fait de la dissimuler est un instinct dangereux. La tolérance diminue rapidement en détention, donc, après votre libération, suivez le plan de 72 heures du Compendium.

Le Kernel liste également les raisons pour lesquelles les prescripteurs arrêtent de délivrer des médicaments, ce qui vous permet de nommer ce qui s'est passé au lieu de deviner : raisons liées au comportement (augmentation des doses, renouvellements anticipés, plusieurs prescripteurs ou pharmacies, comptages de pilules infructueux, mélange avec de l'alcool ou d'autres dépresseurs, partage de pilules, visite aux urgences), raisons structurelles (limites de dose, contrôle de la DEA concernant une pratique, changements de politique, modifications des règles de télémédecine), et événements de la vie (un prescripteur prend sa retraite ou déménage, perte d'emploi, déménagement dans un autre État, expiration de l'assurance). Il indique que rien de tout cela ne vous rend unique ou "cassé", et que reconnaître un schéma est une information, et non un jugement.

Si vous avez déjà arrêté, l'outil d'évaluation des risques du Recovery Kernel (un outil approximatif pour indiquer au clinicien le niveau de préoccupation) attribue des points pour une utilisation quotidienne pendant quatre semaines, des doses supérieures aux seuils mentionnés, des antécédents de crises (ce qui a le plus de poids), une consommation concomitante d'alcool, d'opioïdes ou de GHB, une tentative antérieure d'arrêt, une variante connue de GABRA2 ou GABRB3, des antécédents familiaux de crises ou de sevrage sévère, une grossesse, une maladie cardiaque ou un âge supérieur à 65 ans. Un score élevé indique une situation d'urgence nécessitant une consultation aux urgences.

> Ce que le Recovery Kernel vous indique de faire pendant que vous contactez un prescripteur. Son protocole de stabilisation fonctionne en complément des soins médicaux, et non en remplacement.
>
> Niveau 1 : Soutien du système nerveux : magnésium glycinate en premier, L-théanine, taurine (à éviter en combinaison avec tout benzodiazépine que vous prenez encore), phosphatidylsérine, et liquides et électrolytes.
>
> Niveau 2 : Nécessite un prescripteur, même par téléphone : hydroxyzine, une courte dose de transition ou une reprise de la dose initiale du benzodiazépine, ou une réduction progressive vers le diazépam (qui est considéré comme l'étape la plus efficace si possible), et clonidine pour un rythme cardiaque rapide ou une tension artérielle élevée.
>
> Niveau 3 est... Respiration lente et prolongée, ancrage sensoriel et contact avec une personne de confiance. Si votre score est élevé ou si des signes d'urgence apparaissent, cela ne remplace pas les services d'urgence.

Supp. Chapitre 9, §3 (le protocole de réduction progressive ; le calendrier de sevrage) et §8 (la couche de soutien médical ; la défense d'une prise en charge appropriée). Supp. Chapitre 30, §§1–2 (ce que signifie l'arrêt forcé ; la liste complète des déclencheurs), §6–7 (classification de l'exposition ; l'évaluation des risques), §8 (le protocole de tamponnage) et §11 (les guides de situation). Compendium, Protocole 13 (Le Piège Pharmaceutique), Protocole 32 (La Migration Forcée), Protocole 39 (La Carte de Déviation).

Étape 2 — Lisez le livre principal (semaines 1 à 4).

Lisez ceci dans l'ordre une fois que vous êtes stable. Si vous êtes dépassé, la séquence de démarrage rapide est conçue pour être lue de manière autonome. Lisez d'abord "À qui ce livre s'adresse-t-il — et à qui il ne s'adresse pas" : il décrit les situations où les protocoles complémentaires nécessitent une modification médicale, notamment en cas de psychose active, de grossesse et de maladie hépatique sévère.

À qui s'adresse ce livre → Séquence de démarrage rapide → Première partie : Chapitre 1 (Pourquoi la volonté ne suffit pas), Chapitre 2 (MTHFR), Chapitre 3 (COMT), Chapitre 4 (CYP450), Chapitre 5 (Quand les systèmes se heurtent) → Deuxième partie, les études de cas (Chapitre 6). Le chapitre 8 (Protocole de l'ocytocine) est expérimental et réservé aux spécialistes. Le chapitre 9 (Terrain de jeu épigénétique) appartient aux étapes 6 et 10. L'appendice A (qui comprend la matrice d'interactions) et l'appendice B sont des références.

Supp. Chapitre 4 (Le système de freinage : GABRA2 et GABRB3), le chapitre sur les gènes qui sous-tend toute cette guide.
Supp. Chapitre 2 (Clarté · Restauration · Manning), qui comprend la cas 02, le cas des benzodiazépines, et qui vous permet de vous faire une idée.
Supp. Chapitre 3 (Le problème de l'addict vierge) recalibre les échéances pour un système endommagé.
Supp. Chapitre 1 (Pourquoi ils vous ont laissé là) est une lecture facultative pour faire face à la honte.
Supp. Chapitre 8 (Alcool) aborde le même cadre GABA si l'alcool est également impliqué.

Étape 3 — Obtenez votre ADN (semaines 1 à 6)

La voie recommandée par le Kernel est le séquençage du génome entier, soit 30 fois, ce qui génère un fichier VCF, un actif que vous conservez. Un panel de SNP pour les consommateurs peut être un point de départ acceptable. Un panel de pharmacogénomique clinique ajoute des informations CYP de qualité clinique. L'homocystéine, la vitamine B12 et le folate des globules rouges sont des marqueurs fonctionnels que vous pouvez vérifier trimestriellement. Ne retardez pas la réduction de la dose en attendant les résultats.

Pour les benzodiazépines, les gènes impliqués sont : GABRA2 (la principale vulnérabilité : les porteurs à haut risque ont un ton inhibiteur de base plus faible, une récupération du récepteur plus lente, un sevrage prolongé plus sévère et le risque de convulsions le plus élevé), GABRB3 (le gène du seuil de convulsions, considéré comme le marqueur le plus important pour la sécurité lors d'un arrêt forcé), CYP2C19 (le test le plus prioritaire pour la sécurité du sevrage, car il régule l'élimination du diazépam), CYP3A4 (la plupart des benzodiazépines à action courte ; les inhibiteurs tels que le fluconazole, la clarithromycine et le pamplemousse peuvent augmenter considérablement les taux, et les inducteurs tels que la rifampicine et le millepertuis peuvent provoquer un sevrage brutal), COMT, MTHFR, SLC6A4, MAOA et BDNF. En attendant les résultats : les benzodiazépines ont-elles procuré un soulagement que rien d'autre n'a pu offrir ? ont eu un effet plus important que prévu aux doses habituelles (possibilité de polymorphisme CYP2C19 entraînant un métabolisme plus lent) ;
ont-ils fait effet plus rapidement que prévu ;
l'anxiété est-elle présente depuis toujours ;
les antidépresseurs ont-ils échoué ?

> Confirmez ce que vous commandez. Le chapitre 5 des instructions spécifie 30 séquençages de génome entier avec sortie au format VCF. "WGBS" désigne généralement le séquençage bisulfite du génome entier, un test de méthylation de l'ADN qui n'est pas conçu pour identifier les variants tels que MTHFR C677T. Demandez au laboratoire un fichier de variants standard (VCF).

Supp. Chapitre 5, Étape 1.
Supp. Chapitre 9, §2 (le panel de tests ADN ; phénotypage sans résultats).
Supp. Chapitre 30, §5 (référence génétique).
Supp. Chapitre 4 (Le système de freinage).
Compendium, Protocole 06, Évaluation du phénotype.
Manuel principal, Chapitre 2 et Chapitre 3, auto-évaluations.

Étape 4 — Résolvez votre profil (semaines 2 à 6)

Rédigez votre profil et notez les principaux résultats sur une carte. La question du Kernel est de savoir quel était le véritable problème que le médicament traitait, car la réponse est généralement une véritable anxiété, un trouble du sommeil ou une carence en GABA qui existait avant la prescription.

Si votre résultat est…	Quelles modifications ?	Source
GABRA2 à haut risque.	Un système de sevrage initialement plus doux : récupération plus lente du GABA-A, sevrage prolongé plus sévère, durée de diminution de la dose plus longue, et risque de crises plus élevé. Les pratiques de relaxation naturelles sont indispensables, et la consommation d'alcool pendant le sevrage est absolument à éviter.	Supp. Ch. 9 §2; Ch. 30 §5
GABRB3 compromis.	Régule spécifiquement le seuil de convulsion. Le Recovery Kernel le considère comme le marqueur le plus important en termes de sécurité lors d'un arrêt forcé. Informez toutes les équipes médicales.	Supp. Ch. 30 §5
CYP2C19, mauvais métaboliseur.	Le diazépam peut s'accumuler plusieurs fois plus que prévu, entraînant une sédation excessive, des chutes et une dépression respiratoire. Soyez conscient de cela avant tout arrêt progressif. Les métaboliseurs ultrarapides peuvent ressentir un sevrage brutal même à des doses qui devraient être suffisantes pour eux.	Supp. Ch. 9 §2; Ch. 30 §5
Inhibiteurs ou inducteurs de CYP3A4.	Les inhibiteurs augmentent les niveaux de benzodiazépines et peuvent provoquer une sédation. Les inducteurs accélèrent l'élimination et peuvent entraîner un sevrage brutal. Informez tous les prescripteurs et les pharmaciens de tous les médicaments que vous prenez.	Supp. Ch. 9 §2
COMT Met/Met (Sage)	La population prenant des benzodiazépines sur ordonnance est souvent caractérisée par un cerveau qui produit naturellement des niveaux élevés de substances chimiques liées au stress. La gestion de l'anxiété est la tâche principale à long terme, et le programme MBSR convient bien à ce profil.	Supp. Ch. 9 §2, §4.3.
MTHFR variants.	Un déficit en méthylation a pu contribuer à l'anxiété et au manque de réponse aux ISRS. Le Recovery Kernel indique qu'il faut évaluer le 5-MTHF avant de conclure que l'anxiété nécessite une prise à vie de benzodiazépines.	Supp. Ch. 9 §2, §8; Main Book Ch. 2

Si votre résultat est…	Quelles modifications ?	Source
SLC6A4 court/court.	Sensibilité élevée à l'anxiété, ce qui pourrait expliquer pourquoi les approches non médicamenteuses ont échoué auparavant. Soutien sérotoninergique associé à la restauration du GABA. La buspirone convient souvent à ce profil.	Supp. Ch. 9 §2, §8
BDNF Met	Récupération cognitive plus lente, donc l'intensité de l'exercice est plus importante pour éliminer les effets secondaires des benzodiazépines.	Supp. Ch. 9 §2, §4.4

Supp. Chapitre 5, Étapes 2, 3 et 6 (systèmes génétiques, profils combinés, modèle de profil).
Supp. Chapitre 9, §2.
Supp. Chapitre 30, §5.
Chapitre 5 du manuel principal et Annexe A.

Étape 5 — Construire les bases du soutien pendant la phase de réduction (à partir du jour 1 de la réduction).

Le Kernel indique que les suppléments rendent la diminution de la dose plus supportable, mais qu'ils ne la remplacent pas, et que cette combinaison de suppléments doit être discutée avec votre prescripteur. Méthylation : 5-MTHF (qu'il considère comme le supplément de méthylation le plus important pour la récupération des benzodiazépines, commencé à faible dose car certaines personnes peuvent ressentir une légère anxiété au début), méthylcobalamine et vitamine B6 active (un cofacteur pour la production de GABA). Magnésium glycinate, que le Kernel considère comme le supplément physique le plus important, à partir du premier jour. Compléments favorisant le GABA : L-théanine (son option non sédatrice préférée pendant la diminution de la dose), taurine, phosphatidylsérine, inositol, NAC et citronnelle. Certains de ces compléments (valériane, taurine à dose plus élevée) peuvent provoquer une sédation. En plus d'un benzodiazépine, le Recovery Kernel recommande d'ajouter un produit à la fois et de maintenir la valériane jusqu'à ce que les doses soient très faibles. Les tableaux de doses se trouvent dans le chapitre et doivent être discutés avec votre prescripteur. Faites vérifier chaque ajout par un pharmacien et un vérificateur d'interactions (Drugs.com ou Medscape). La couche peptidique dans la section 9 §4.6 est étiquetée par le Recovery Kernel comme des composés de recherche nécessitant une discussion avec un médecin, il ne s'agit donc pas d'une étape à initier soi-même.

Supp. Chapitre 9, §4.1 (méthylation), §4.2 (soutien à la restauration du système GABA-A), §4.6 (peptides, uniquement sur prescription médicale).
Supp. Chapitre 30, §8 (le protocole de tamponnage).
Supp. Chapitre 5, Phase Une.
Chapitre principal 2, §2.4–2.5.
Protocole du Compendium 18 (Alimentation pour la restauration).

Étape 6 — Construire une architecture de gestion de l'anxiété et favoriser le calme naturel (à partir de la deuxième semaine, pendant la phase de réduction).

Le point soulevé par le Kernel concernant le timing : la personne qui atteint la dernière dose après six mois de respiration quotidienne et une pratique méditative en constante évolution se trouve dans une situation catégoriquement différente de celle de quelqu'un qui n'a fait qu'une réduction progressive. Commencez maintenant. Son cœur réside dans la respiration avec une expiration prolongée (4-7-8 ou respiration cohérente), 10 minutes le matin et le soir, et selon les besoins. C'est ce qu'elle appelle l'outil principal contre l'anxiété et ce qui s'en rapproche le plus d'un benzodiazépine endogène. La thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'exposition, idéalement commencée 3 à 6 mois après que la pensée se soit éclaircie. Un cours MBSR de huit semaines. Un repos profond non lié au sommeil (yoga nidra). Et de brèves applications d'eau froide sur le visage pour une crise de panique rapide. L'architecture naturelle du GABA à long terme : méditation, en augmentant progressivement jusqu'à 20 minutes par jour ; exercice aérobique soutenu, qu'elle appelle le pilier incontournable car il augmente le GABA, stimule le BDNF pour la récupération cognitive et stabilise l'axe du stress en même temps ; yoga réparateur et yin ; temps régulier passé dans la nature ; exposition progressive au froid ; et engagement créatif.

Médicaments non benzodiazépines, si vous et votre prescripteur décidez que vous en avez besoin : buspirone (un anxiolytique non addictif qui prend 2 à 4 semaines et qui est le plus efficace lorsqu'il est commencé avant que l'atténuation ne s'intensifie), ISRS ou IRSN pour un trouble anxieux sous-jacent (après l'évaluation du 5-MTHF), hydroxyzine pour un soulagement temporaire, propranolol pour les symptômes physiques, et prégabaline uniquement comme solution temporaire sous surveillance spécialisée et avec un plan de sortie, car elle peut entraîner une dépendance. La norme de responsabilité du Recovery Kernel pour tout substitut (Chapitre 30 §8.4) : demandez quelle date ou quel événement déclenchera une réévaluation, s'il s'agit d'une solution temporaire ou d'un traitement de fond, et ce que comportera l'arrêt du médicament. que le plan soit rédigé dans votre tableau, car un substitut non spécifique suit le même schéma, mais avec une molécule différente.

Supp. Chap. 9 §4.3 (gestion de l'anxiété : la condition sous-jacente), §6 (stimulation de la production de GABA : l'architecture naturelle du calme), et §8 (médicaments non benzodiazépiniques). Supp. Chap. 30 §8.4 (norme de responsabilisation pour les médicaments de substitution). Protocole du Compendium 04 (Alternatives de rencontre, que le Kernel appelle Dharma Recovery), Protocole 19 (Le corps en mouvement), Protocole 01 (Tri d'urgence), et les références à la TCC et à la MBSR auxquelles le Kernel fait référence.

Étape 7 — L'"envie" est de l'anxiété (persistante).

Le Kernel indique que l'envie de benzodiazépines est rarement comparable à l'envie ressentie avec les opioïdes ou les stimulants. C'est l'anxiété qui devient insupportable, une vague qui rappelle l'anxiété préexistante à la prescription, l'insomnie qui semble impossible à supporter, ou la simple logique selon laquelle une pilule pourrait résoudre ce problème. L'interruption n'est pas une lutte, mais une alternative plus rapide : identifiez ce qui se passe (une crise d'anxiété, une vague, une nuit d'insomnie à 3 heures du matin) ; effectuez six cycles de respiration 4-7-8 ; prenez de la L-théanine et du magnésium ; utilisez la technique d'ancrage sensorielle pour activer le cerveau et favoriser la réflexion ; contactez (votre prescripteur si le symptôme est nouveau ou sévère, une personne de soutien, ou 3114) ; une pratique naturelle de relaxation ; et une note écrite indiquant le déclencheur, le type, l'intensité, l'action et le résultat, ce qui constitue les données les plus utiles que vous puissiez présenter à un professionnel de la santé.

Les situations les plus risquées : un événement stressant majeur pendant la période de rétablissement (préparez-vous avant qu'il ne se produise) ; des épisodes de sevrage prolongés ; la privation de sommeil ; des médicaments restants ou une ancienne ordonnance toujours en fichier (demandez à votre prescripteur comment gérer cela) ; et de nouveaux prescripteurs qui ne connaissent pas votre historique et qui pourraient prescrire une benzodiazépine ou un "Z-drug" pour l'anxiété ou le sommeil. Informez chaque prescripteur de votre rétablissement. Et si l'approvisionnement s'arrête, le *Recovery Kernel* liste ce qu'il ne faut pas faire : l'alcool (le même récepteur, et un "échec total"), le cannabis (qui peut masquer les premiers signes d'avertissement de crises), le kratom, les antihistaminiques sédatifs en vente libre, et surtout, les pilules provenant de quelqu'un d'autre. autre ou internet. Les contrefaçons de "Xanax" peuvent contenir du fentanyl ou ne contenir aucune benzodiazépine, donc une pilule qui a l'air correcte ne prouve rien, et le Recovery Kernel considère cela comme la substitution la plus dangereuse. Il avertit également que l'étizolam et les benzodiazépines de recherche similaires ne sont pas une solution sûre : ils agissent sur le même récepteur et provoquent la même dépendance et le même risque de convulsions. Ils sont vendus sous forme de poudre brute ou de pastilles non étiquetées, avec des erreurs de dosage mortelles documentées. Certains États les ont interdits, et les tests de dépistage de drogues standard en milieu hospitalier ne les détectent souvent pas. Si vous avez besoin de soins d'urgence, indiquez exactement ce que vous avez pris. L'importation de flunitrazepam (Rohypnol) dans le... Aux États-Unis, c'est une infraction fédérale, même si la prescription a été faite à l'étranger.

Supp. Ch. 9 §5 (l'envie de benzodiazépines et l'interruption de 5 minutes ; situations à risque le plus élevé).
Supp. Ch. 30 §2.1a–2.1b (le point de terminaison de l'escalade ; étizolam ; flunitrazepam) et §9 (risque de rechute et substitution de substances).
Compendium Protocol 21 (Interpréter l'effondrement).

Étape 8 — Windows et rechutes : sevrage prolongé (de 1 à 18 mois et plus).

La chronologie du sevrage : pendant la phase de réduction, chaque diminution peut entraîner une à deux semaines d'anxiété accrue, de troubles du sommeil ou de symptômes physiques avant que la situation ne s'améliore, et ces symptômes sont la preuve que le sevrage fonctionne, et non qu'il est incorrect. Les premières semaines après la dernière dose constituent la période la plus sensible : anxiété intense, insomnie, tension musculaire, acouphènes, sensibilité à la lumière et aux sons, confusion, sautes d'humeur et, chez certaines personnes, dépersonnalisation. Les mois 1 à 3 sont marqués par une amélioration progressive avec des rechutes. Ensuite, le sevrage prolongé, d'environ 3 à 18 mois ou plus : vagues épisodiques d'anxiété, difficultés cognitives. acouphènes, troubles visuels, apathie émotionnelle ou sensibilité, apparaissant et disparaissant sans schéma prévisible. Le Recovery Kernel décrit cela comme un phénomène documenté, réel et temporaire dans la grande majorité des cas, et précise qu'il ne s'agit pas d'une rechute d'anxiété et qu'il ne constitue pas une preuve que vous avez besoin du médicament de manière permanente.

La réponse à une crise : Tri d'urgence, respiration 4-7-8, magnésium, L-théanine, et votre prescripteur si les symptômes sont sévères ou incluent des éléments neurologiques que vous n'avez jamais vus auparavant. Le Recovery Kernel indique que la réaction la plus courante et la plus coûteuse est de reprendre le benzodiazépine. Il ajoute qu'une pratique quotidienne régulière est plus importante que de gérer un épisode unique.

Supp. Ch. 9 §3.3 (le calendrier de sevrage) et §3.4 (syndrome de sevrage prolongé des benzodiazépines). Compendium Protocol 01, Tri d'urgence.

Étape 9 — Le sommeil et le brouillard mental lié aux benzodiazépines (mois 1 à 12).

Les benzodiazépines suppriment le sommeil paradoxal (REM) et le sommeil profond, de sorte que le sommeil qui semblait plus long était neurologiquement superficiel. Attendez-vous à une insomnie de rebond dans les semaines suivant la dernière dose, ce que le Recovery Kernel appelle la "reprise du sommeil paradoxal par le cerveau", et non une preuve que vous avez besoin du médicament. Son "stack" pour le sommeil (mélatonine à faible dose, magnésium glycinate, glycine, L-théanine, 5-HTP, à ne pas utiliser avec les ISRS, cerise noire) favorise le sommeil sans suppression du sommeil paradoxal, et le protocole de "Restauration Nocturne" s'applique. Pour la "brume" (traitement plus lent, mémoire de travail moins bonne, difficultés à trouver les mots), le Recovery Kernel indique que la plupart des troubles disparaissent dans les 3 à 12 mois après la dernière dose, et que l'exercice aérobique quotidien est le seul... Le facteur le plus puissant est l'apprentissage de quelque chose de difficile et de nouveau, avec la choline, le lion's mane et le DHA comme éléments de soutien.

Supp. Ch. 9 §4.4 (récupération cognitive) et §4.5 (restructuration du sommeil). Compendium Protocole 17 (La Restauration Nocturne), Protocole 19 (Le Corps en Mouvement), et Centurian Paper C-32 (L'Architecture de l'Insomnie).

Étape 10 — Identité, la blessure iatrogène et le long terme (3 mois et plus, de la 1ère à la 10ème année).

La question de l'identité pour les personnes dépendantes sous traitement : "J'étais une personne médicamentée qui faisait tout correctement et qui s'est tout de même retrouvée piégée." La colère et le sentiment de trahison sont justifiés, et il ne demande qu'à ce que vous portiez votre attention sur la biologie. Une partie du travail consiste à faire son deuil et à reconstruire une image de soi en tant que personne ayant une constitution qui nécessite un soutien approprié, et non un trouble nécessitant une médication à vie. L'objectif à long terme du Sage est une tranquillité méritée : un système nerveux qui génère sa propre calme, et une réponse à l'anxiété qui monte et descend dans la plage pour laquelle il a été conçu. Navigation après la première étape. Deux ans de transition, du réparation à la gestion. La section 4 explique comment. Outils de référence : Supp. Chap. 44 (La transplantation : redirigez la dévotion et la structure quotidienne vers une pratique qui se développe). Supp. Chap. 6 (Restez non dépendant) et Compendium Protocol 02. Compendium Protocol 13 (Le piège pharmaceutique), qui est la question centrale du Recovery Kernel : avant toute prescription, demandez-vous "Quelle est ma stratégie de sortie ?" Supp. Chap. 38. Supp. Chap. 5, Étape 6 (un contrôle hebdomadaire par intelligence artificielle, un outil de raisonnement et non un fournisseur). Ressources entre pairs que le Kernel mentionne : la Benzodiazepine Information Coalition (benzoinfo.com) et Benzo Buddies (benzobuddies.org).

Supp. Ch. 9 §1 (la lésion iatrogène), §6 (la stratégie à long terme du Sage), §7 (carte des protocoles). Document Centurian C-34 (La lésion iatrogène) et C-28 (La révision). Supp. Ch. 42 (Inventaire complet). Supp. Ch. 43 (Réparations envers soi-même). Compendium Protocol 24 (Retour au travail), Protocol 25 (La porte ouverte). Supp. Ch. 51 (Guide du réseau familial et de soutien) : donnez-le aux personnes qui vous aiment.

4. Comment la navigation évolue aux années 3, 5 et 10.

L'ombrage indique le niveau d'attention requis pour chaque étape. Les zones les plus foncées représentent les priorités, suivies des étapes actives, puis des étapes de maintenance. Les cellules blanches avec du texte en gris représentent des mesures de sécurité standard : faible effort, jamais supprimées. Les chiffres entre crochets font référence aux phases listées ci-dessous le tableau. Le calendrier détaillé du Recovery Kernel se termine environ 12 à 24 mois, les années suivantes étant donc des projections.

Suivi.	Mois 0 à 24 (fondations).	Année 3 (consolidation).	Année 5 (phase de développement).	Année 10 (intendant)
Sécurité et prescripteur.	Sevrage supervisé ; plan de gestion des convulsions établi.	Taper closed out ; les vagues observées [1]	Les prescripteurs connaissent votre historique.	Nouvelle ordonnance : demandez un plan de sortie [7].
Biologie et génome.	CYP2C19, GABRA2, MTHFR.	Tests de laboratoire ; étapes à suivre pour l'entretien [2].	Carte du prescripteur : CYP2C19, CYP3A4.	Vérifiez avec les nouveaux médicaments et l'âge.
Déclencheurs et vagues.	Plan de gestion du stress ; stock périmé.	Vagues nommées, s'estompant.	Déclencheurs du changement : stress, manque de sommeil [5].	Même plan, répété.
Architecture naturelle et apaisante.	Respiration quotidienne ; exercice, nature.	Le calme est une qualité que l'on cultive ; la pratique approfondit [3].	Méditation et activité physique quotidienne.	La pratique est un mode de vie.
Anxiété et sommeil.	Anxiété traitée ; sommeil restauré.	CBT, habitudes MBSR ; sommeil rétabli [4].	Plan d'anxiété, encadré par un clinicien.	Plan de gestion du stress, habitudes de sommeil.
Cognition (effet confusion des benzodiazépines)	Dissipation du brouillard ; exercice, apprentissage.	Clarté retrouvée ; compétences en développement.	Continuez à apprendre ; continuez à bouger.	Fonction cognitive stable ; vérifications selon les besoins.
Identité et gestion du personnel.	Blessure iatrogène : chagrin, pas honte.	L'identité au-delà du rôle de patient.	Manning : soutien par les pairs et plaidoyer [6]	Faites office de mentor ou animez un groupe.

Les sept changements.

1. Année 3 : la phase de réduction est terminée et les effets secondaires sont surveillés. Le Recovery Kernel indique qu'une récupération complète prend de 12 à 24 mois, voire plus, pour les utilisateurs réguliers, les effets secondaires persistants diminuant progressivement au cours de cette période (Supp. Chap. 9,

§ 3.3). Au cours de la troisième année, la plupart des personnes ont soit arrêté le traitement, soit sont dans les dernières étapes supervisées. Conservez la relation avec le prescripteur pour toute réduction supplémentaire et en cas de nouvelles crises.

2. Année 3, le passage se fait du stade de construction à celui de l'entretien. Le Kernel indique que les compléments alimentaires adaptés à GABRA2 peuvent être poursuivis plus longtemps (Cas 02). Effectuez des analyses de laboratoire de contrôle (Suppl. Chap. 5, Étape 1a) et réduisez progressivement les doses vers la phase d'entretien. Le chapitre Trinity indique que les compléments alimentaires sont pris jusqu'à ce que la situation se stabilise, puis la dose est réduite et reprise si le système se déstabilise ; le Chapitre 2 du Manuel principal traite du soutien MTHFR comme un entretien, et non comme un remède. Réduisez la dose jusqu'à la phase d'entretien, et non jusqu'à zéro.
3. Année 3 : le calme est une construction personnelle. Le Kernel décrit l'objectif comme une tranquillité acquise : un système nerveux qui génère son propre calme après des mois de pratique (Suppl. Chap. 9 §6). D'ici l'année 3, la respiration, l'exercice et la méditation sont une partie intégrante de la vie quotidienne, et non une trousse de secours.
4. Année 3 : Les habitudes de TCC et de MBSR peuvent entretenir l'anxiété. Le Recovery Kernel indique que l'anxiété est la condition originelle et qu'elle nécessite un traitement spécifique (Supp. Chap. 9, §4.3, §8). Au cours de la troisième année, ce traitement devrait être un suivi régulier avec un professionnel, et le sommeil doit être rétabli. Ce changement applique les règles du Recovery Kernel à un moment choisi pour ce guide.
5. Année 5 : les facteurs déclencheurs évoluent vers le stress et la privation de sommeil. Le Kernel identifie les événements de stress aigu, les périodes de stress intense, la privation de sommeil, les stocks résiduels et les nouveaux prescripteurs comme les situations les plus risquées (Suppl. Chap. 9 §5). À l'année 5, ce qui reste est un facteur de stress futur ou une période de privation de sommeil, ainsi que tout nouveau prescripteur qui ne connaît pas votre historique.
6. Année 5, Manning. Il s'agit de la troisième étape de Trinity (Chapitre supplémentaire 2). Il s'agit d'une extrapolation : le Kernel note que le système médical a échoué de nombreuses personnes dans cette situation, et mentionne les communautés de pairs qui existent pour cette raison (Chapitre supplémentaire 9 §8), donc le soutien des pairs et la défense des droits des autres personnes confrontées à une réduction de dose ont une réelle valeur ici.
7. Année 10 : Demandez toujours un plan de sevrage avant toute nouvelle prescription. La question du Kernel, "Quelle est ma stratégie de sortie ?", s'applique à la vie (Suppl. Chap. 9, Dernier mot ; Protocole du Compendium 13). Informez chaque nouveau prescripteur de votre historique, soyez prudent avec les médicaments de la classe des Z-drugs et des gabapentinoïdes présentés comme "non addictifs", et rappelez-vous qu'une rechute ou un nouveau traitement par benzodiazépines signifie que la règle de réduction progressive sous surveillance s'applique à nouveau.

Qu'est-ce qui est basé sur des sources et qu'est-ce qui est extrapolé ? Les phases 1, 3, 5 et 7 sont directement basées sur le texte du Kernel. Les phases 2 et 4 appliquent les règles du Kernel à un moment choisi pour ce guide. La phase 6 est une extrapolation. Le calendrier détaillé des benzodiazépines du Kernel se termine environ 12 à 24 mois, et son "WHEN Correlator" indique une réversion profonde de 2 à 5 ans ou plus, donc les années 3, 5 et 10 sont des projections.

5. Quels résultats attendre ?

The short version

Si vous suivez le protocole ci-dessus, avec une réduction progressive supervisée, les questions sur le métabolisme et les gènes répondues, un soutien mis en place avec votre prescripteur, une gestion de l'anxiété pendant la réduction progressive, et une compréhension des effets secondaires, voici le résultat que le Recovery Kernel prévoit :

- Vous réussissez la phase de réduction sans crise ni visite aux urgences. C'est un processus lent : plusieurs mois pour chaque mois d'utilisation, et un à trois ans pour plusieurs années d'utilisation, avec une pause chaque fois que les symptômes deviennent vraiment ingérables.
- Les symptômes vont apparaître et disparaître. Un sevrage prolongé peut durer de 3 à 18 mois, voire plus, et l'intensité et la fréquence de ces symptômes vont diminuer progressivement.
- La cognition revient. La plupart des symptômes de "brouillard" liés aux benzodiazépines disparaissent dans les 3 à 12 mois après la dernière dose, et le Recovery Kernel indique que les personnes rapportent souvent une pensée plus claire et des émotions plus riches au cours de la deuxième année que pendant les années où elles prenaient le médicament.
- Entre les mois 12 et 24, pour les utilisateurs de longue durée, la densité des récepteurs GABA-A est largement normalisée, le sommeil est rétabli et l'anxiété est gérée par des moyens naturels, atteignant un niveau inférieur ou égal à celui d'avant la prise de benzodiazépines.
- De la troisième à la cinquième année, le travail consiste principalement en maintenance et en construction. À la dixième année, vous êtes un intendant, responsable d'un ensemble limité de mesures de sécurité standard.

Le Kernel ne promet aucun risque nul. Il indique que l'arrêt brutal peut provoquer des convulsions et la mort, que la diminution progressive ne doit pas être précipitée, que les symptômes de sevrage prolongés sont documentés mais imprévisibles, et que l'anxiété sous-jacente nécessite son propre traitement.

Étapes clés, dans l'ordre.

Étape importante.	Quand	Expected outcome	Source	Base.
Démarrage sécurisé.	Jours 0 à 14.	Réduction progressive sous surveillance mise en place, ou arrêt forcé converti en un arrêt progressif sous surveillance. Signes de convulsions connus. Éviter l'alcool, les opioïdes et le GHB.	Supp. Ch. 9 §§0, 3; Ch. 30 §§0, 11	Faits cliniques.
Pendant la phase de réduction.	Mois à années.	Chaque réduction peut entraîner 1 à 2 semaines d'anxiété accrue ou de troubles du sommeil avant de se stabiliser. Maintenez la dose si les symptômes sont intolérables. Ne précipitez pas la dernière étape.	Supp. Ch. 9 §§3.1, 3.3	Projection du noyau.
Syndrome de sevrage aigu post-sevrage.	Semaines 1 à 4 après la dernière dose.	La période la plus sensible : anxiété intense, insomnie, acouphènes, sensibilité sensorielle, troubles cognitifs. Un soutien médical est disponible.	Supp. Ch. 9 §3.3	Projection du noyau.
Première phase de rétablissement.	Mois 1 à 3.	Densité GABA-A en voie de récupération. Amélioration progressive avec des rechutes. L'exercice est la priorité absolue.	Supp. Ch. 9 §3.3	Projection du noyau.
Sevrage prolongé.	3 à 18 mois et plus.	Maux de tête, sensations d'anxiété, difficultés cognitives, acouphènes ou apathie. Ce ne sont pas des signes de rechute. Ne reprenez pas le traitement.	Supp. Ch. 9 §§3.3, 3.4	Projection du noyau.
La cognition revient.	Mois 3–12	La plupart des symptômes de confusion liés aux benzodiazépines disparaissent dans les 3 à 12 mois suivant la dernière dose, plus rapidement avec une activité physique intense.	Supp. Ch. 9 §4.4	Projection du noyau.
Récupération complète.	De 12 à 24 mois et plus (utilisateurs de longue durée).	Densité GABA-A normalisée, cognition largement restaurée, sommeil normal, anxiété gérée par des moyens naturels.	Supp. Ch. 9 §3.3	Projection du noyau.
Inversion profonde.	2–5+ ans	La récupération préfrontale et l'inversion épigénétique se poursuivent. Certains changements peuvent être partiels.	Supp. Ch. 36	Projection du noyau.
Phase de gestion.	Années 3 à 10.	Réparation des pistes lors de la maintenance. Pratiques de calme quotidiennes. Soutien par les pairs. Mesures de sécurité permanentes.	Section 4 de ce guide.	Extrapolé.

Les chiffres du Kernel sur 12 mois pour un profil de benzodiazépine.

Le chapitre 2 complémentaire présente les résultats prévus à 12 mois pour un protocole suivi par rapport au traitement standard.

L'étude de cas 02 concerne un homme de 52 ans qui a reçu de la Xanax pour un trouble panique il y a 15 ans, et dont la dose a augmenté progressivement jusqu'à 4 mg par jour. Son psychiatre lui a maintenant dit qu'il devait arrêter ce médicament, il a déjà essayé deux fois, et la deuxième tentative s'est soldée par une visite aux urgences avec une crise. Son profil présente un schéma de risque élevé pour les gènes GABRA2 et GABRB3, et le Recovery Kernel considère que l'arrêt du médicament sans soutien est une crise médicale, et non une guérison.

Cas.	Mesure.	Protocole du noyau.	Traitement standard.
Case 02	Réussite de la réduction progressive sans passage aux urgences ni convulsions à 12 mois.	65%	15%
Case 02	Réduction significative de l'anxiété grâce au soutien biologique.	70%	20%
Case 02	Amélioration de la qualité du sommeil au mois 6.	68%	18%
Case 02	Réduction soutenue à 10 % ou moins de la dose initiale.	60%	12%

Comment lire ces chiffres. Le Kernel les décrit comme des projections archétypales, des "estimations de probabilité" pour un patient, basées sur un protocole biologique confirmé de 12 mois, et tirées d'études citées (sa base de réduction progressive est basée sur le manuel d'Ashton, ainsi que sur des protocoles de transition avec de la gabapentine, et sa base de réduction progressive non assistée est d'environ 15 %). Ce ne sont pas des garanties, et le livre principal indique qu'il ne rapporte pas un essai contrôlé randomisé du Kernel lui-même. Dans le cas 02, la réduction progressive est médicalement gérée. Les chiffres de "soutien biologique" décrivent la couche de suppléments et de comportements qui s'ajoute à celle-ci, et ne la remplace jamais.

Qu'est-ce qui modifie le résultat ?

- Un arrêt brutal, ou une diminution de la dose trop rapide, que votre corps ne peut suivre. Le Recovery Kernel indique que les réductions trop rapides provoquent de la souffrance et des rechutes.
- Mélange avec de l'alcool, des opioïdes ou du GHB, ou utilisation de ces substances pour faire face à l'arrêt d'une consommation.
- Ignorer les interactions CYP2C19 avant un sevrage croisé avec du diazépam, ou les interactions médicamenteuses CYP3A4.
- Considérer une rechute comme un échec et reprendre le traitement. Le Recovery Kernel qualifie cela de réponse la plus courante et la plus coûteuse.
- Il est préférable de commencer les exercices de respiration, l'exercice physique et la TCC ou la MBSR pendant la phase de diminution progressive des médicaments, et non après.

- Le manque de sommeil, qui amplifie chaque symptôme de sevrage et rend la logique du traitement médical très convaincante.
- Un substitut non contrôlé : gabapentine, prégabaline ou un autre sédatif ajouté sans date de fin prévue.
- Pilules non vérifiées, étizolam ou autres produits chimiques de recherche, et un dépistage hospitalier "négatif" pris comme garantie.
- Antécédents non divulgués. Les nouveaux prescripteurs qui ne connaissent pas la situation peuvent prescrire un autre benzodiazépine ou un médicament de la classe des Z-drugs.
- Une rechute. Le Recovery Kernel la considère comme une information, et non comme un jugement (Protocole 21). Il s'agit également d'un événement médical : contactez votre prescripteur, ne cessez pas brusquement à nouveau, et n'ajoutez pas d'alcool ou d'opioïdes.

Comment interpréter les données probantes qui sous-tendent les résultats.

Le livre principal attribue des niveaux de preuve aux affirmations : Établi, Probable, Émergent, Expérience de l'auteur/du système, et Controversé ou Mitigé. Les informations de ce guide concernant les risques de convulsions et de décès liés à un sevrage brutal, la nécessité d'une réduction progressive et supervisée, et l'importance d'adapter le rythme à chaque individu sont bien établies et correspondent aux directives conjointes de 2025. L'affirmation du Recovery Kernel selon laquelle un passage au diazépam est "fortement recommandé" pour les médicaments à action courte est plus stricte que cette directive, qui le considère comme une option. Par conséquent, laissez la décision à votre prescripteur. Les noms des symptômes (sevrage prolongé, périodes de bien-être et pics) sont largement rapportés, mais la fréquence et la durée sont... débattue. Son ensemble de compléments, sa couche de peptides, ses affirmations concernant la méditation et le yoga sur le GABA, les chiffres de réduction de l'anxiété "sur base biologique" et la trajectoire des années 3 à 10 sont moins importants sur cette échelle, alors présentez-les à votre médecin comme des questions, et non comme des faits. L'idée de l'oxytocine intranasale présentée au chapitre 30 est qualifiée de "Nouvelle" par le Recovery Kernel, avec un essai pilote enregistré (NCT06757517) toujours en cours et sans résultats finalisés, il s'agit donc d'une question à poser à un prescripteur, et non d'un traitement.

Prenez ces médicaments à votre prescripteur.

- Un compte rendu honnête et complet de tous les benzodiazépines, médicaments Z, gabapentinoïdes et autres sédatifs que vous prenez ou avez pris, des doses et de la durée, ainsi que de toute consommation d'alcool, d'opioïdes ou de GHB. Tout sous-déclaration entraîne un arrêt progressif non sécurisé. Cela comprend également toute source d'approvisionnement secondaire.
- Antécédents de crises, tentatives antérieures de réduction de la consommation et ce qui s'est passé, et antécédents familiaux de crises ou de sevrage sévère.

- Une demande d'un plan de réduction progressive écrit et supervisé, à un rythme que vous pouvez suivre, avec une option de pause aux étapes difficiles, et une demande de test CYP2C19 avant tout changement à la diazépam.
- Vos résultats concernant les gènes GABRA2, GABRB3, CYP2C19, CYP3A4, COMT et MTHFR, si vous les avez, ainsi que tous les suppléments que vous prenez, afin de vérifier les risques de sédation et les interactions possibles.
- Questions concernant les options non-benzodiazépines (buspirone, ISRS ou IRSN, hydroxyzine), et une orientation vers la TCC ou la MBSR, et, pour tout médicament substitut, une date de révision écrite et un plan de sortie.